

Dirección Física del DSS:

Identificador del Caso:

Trabajador del Caso:

Fecha (se generó):

Fecha Límite:

Dirección Postal del DSS:

Nombre del beneficiario:

Dirección:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
División de Servicios Sociales
Servicios de Alimentos y Nutrición (FNS). Aviso de Expiración y Forma de Re-Certificación

Sus beneficios de FNS terminarán el _____. Usted podría continuar recibiendo beneficios de FNS después de esa fecha si llena este formulario y lo devuelve a más tardar el _____.

¿Que necesito hacer con este formulario?

Usted o su representante deben de completar esta forma, firmarla y fecharla en la última pagina. Por favor, conteste todas las preguntas. Usted tiene derecho a recibir una solicitud cuando la pida. Sí no puede completar esta forma, necesita firmarla, escribir su nombre y dirección con letra que se pueda leer. Tráigala, envíela por correo (a la dirección que aparece arriba) o envíela por fax al _____, o complete la solicitud en el Internet en: <https://epass.nc.gov/CitizenPortal/application.do>. Cualquier grupo familiar que recibe únicamente Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI), puede hacer su recertificación en la Oficina del Seguro Social. Si está solicitando beneficios de FNS (Estampillas de Comida) y SSI al mismo tiempo desde una institución la fecha de sumisión será la fecha en la cual usted es dado de alta de la institución. Si la forma está firmada pero incompleta, su trabajador de FNS le contactará para obtener la información necesaria.

Usted es responsable de proporcionar la información de verificación que se requiere. La información en esta forma o la información obtenida de otras fuentes pueden ocasionar que sus beneficios sean descontinuados o cambien.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta forma, llame al _____, o llame al Centro de Servicio al Cliente del DHHS al 1-800-662-7030 o al 1-877-452-2514 (Sistema TTY para personas con problemas de audición).

- Se le puede proporcionar gratuitamente la ayuda de un interprete, si necesita ayuda para completar esta forma
- Por favor asegúrese de que la dirección de la Agencia Local se vea a través de la ventanilla del sobre de respuesta que se adjunta.
- No devuelva este formulario antes del primer día de _____.
- Adjunte comprobantes para verificación del mes de _____.

Información acerca de Números de Seguro Social, Ciudadanía y Estatus Migratorio

Usted puede optar por no solicitar beneficios para usted o para algún miembro de su hogar y no será requerido de responder a preguntas acerca de *Números de Seguro Social* o Estatus de Ciudadanía o Inmigración de estas personas. Por cada persona por la cual se soliciten beneficios se debe de proporcionar información de *Números de Seguro Social* y Estatus de Ciudadanía o Inmigración. El proporcionar información de los *Números de Seguro Social* es requerido por el *Acta de Alimentos y Nutrición* para las personas que solicitan beneficios. Únicamente usaremos sus *Números de Seguro Social* para verificar la información que nos dé con agencias estatales y federales. Usted debe de ser un ciudadano de los Estados Unidos o un visitante calificado y también cumplir con los otros requisitos del *Programa de Servicios de Alimentos y Nutrición* para obtener estos beneficios. Únicamente contactaremos la Oficina de USCIS para verificar el estatus de inmigración de las personas por las que nos proporcionaron sus documentos de inmigración. Si un solicitante no proporciona esta información no será elegible para beneficios. Al firmar esta forma declaro, bajo pena de perjurio, que he dado información correcta del estatus de ciudadanía o inmigración de las personas para las cuales se está solicitando beneficios. Los miembros del grupo familiar deben de proporcionar su información financiera porque es necesaria para determinar la elegibilidad de las personas que están solicitando. Los miembros elegibles en un grupo familiar podrán recibir sus beneficios aunque otros miembros de la familia no estén solicitando beneficios. La cantidad de los beneficios dependerá del número de personas que los estén solicitando.

COMIENCE AQUÍ

A. Información de Contacto

Primer Nombre	Inicial	Segundo Nombre	Apellido	Dirección Postal (#, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
Dirección Física (#, calle, ciudad, estado, código postal)				Tel.	Celular	Mensaje
Su Firma o de su Representante Autorizado				Fecha	Compañía de Tel.	Idioma

B. Haga una lista de todas las personas que viven con usted en el espacio de abajo. (Adjunte otra hoja si es necesario)

Nombre (1ro., Inicial de 2do nombre y Apellido)	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad/ Sexo	**Vive en Refugio o en la calle (Homeless) (Si-No)	Solicitando (Si-No)	*Opcional Número de Seguro Social	*Opcional Ciudadano U.S. (Si-No)	*Opcional Hispano (Si-No)	*Opcional Raza (vea Abajo)	¿Compran y cocinan en conjunto?
	Yo									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

*Número de Seguro Social y Estatus Migratorio NO son necesarios para los NO solicitantes.

*La Elegibilidad o el nivel de beneficios no es afectado si el área de etnicidad o raza no es contestada. Cuando no se proporciona esta información a la agencia, la información se obtendrá por observación durante la entrevista. El dar esta información asegurara que los beneficios del programa se dan sin importar raza, color o nación de origen (Esta información es usada con fines estadísticos).

*Raza: Escriba los números que se aplican arriba:

1. Indio Americano/Nativo de Alaska 2. Asiático 3. Afro-Americano 4. Hawaiano/ Isleño del Pacifico 5. Blanco

** Estas preguntas ayudan a identificar a los adultos capaces de trabajar que no tienen dependientes (ABAWD)

C. Díganos de sus finanzas

**1. ¿Alguien en su unidad familiar trabaja? Sí No Si respondió sí, llene lo solicitado a continuación.

**2. ¿Hay alguien en su unidad familiar preparándose para comenzar un empleo? Sí No Si respondió sí, ingrese la fecha esperada de inicio _____

Adjunte los talones de cheques de pago **que recibió** el mes que se indica en la Página 1. Si le pagan mensualmente, adjunte los talones de cheques o comprobantes de ingresos del mes que se indica en la Página 1. Si usted trabaja por su cuenta adjunte la declaración de impuestos del último año con todos los agregados. Si no tiene disponible su declaración de impuestos del último año, presente los récords de sus negocios, recibos y comprobantes de gastos de los 12 meses anteriores. Si este es un nuevo empleo (negocio) incluya los comprobantes de todos los pagos recibidos hasta la fecha.

Si no tiene todos sus talones de cheques, puede pedirle a su empleador que complete y firme la sección de abajo. (Si es necesario incluya más hojas)

Nombre del Empleador:			Cada cuando le pagan (semanal/mensual, etc.)		
Tel. del Empleador:			Tel. del Empleador:		
Fecha de pago (mes y día)	Número de Horas	Pago por hora	Bonus o Vacaciones	Pago Bruto	Propinas
FIRMA DEL EMPLEADOR			TITULO DEL EMPLEADOR		FECHA

**3. ¿Alguien en su unidad familiar ha dejado de trabajar en los últimos 6 meses? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Quién dejó de trabajar? _____ Razón: _____ Ultimo día de trabajo _____ Total de horas que trabajo en los últimos 30 días _____.

**4. ¿Alguien en su grupo familiar tiene ingresos que no provengan de trabajo? Sí No Si la respuesta es sí, complete el recuadro abajo e incluya los comprobantes correspondientes al mes listado en la página 1. Ejemplo: Dinero en efectivo, contribuciones, Work First (Programa Trabajar Primero), Child Support (Manutención Infantil), Beneficios de Desempleo, Social Security, SSI (Ingresos del Seguro Social), Worker's Compensation (Compensación a Trabajadores), Beneficios de Veteranos, etc. Incluya otra hoja si es necesario.

Si usted recibe dinero en efectivo, donaciones, o sustento de menores, adjunte comprobantes de verificación para el mes que se indica en la **Página 1** y el mes anterior a dicho mes. (Adjunte otra hoja si es necesario)

Nombre	¿Tipo de Ingreso?	¿Persona u organización que da el dinero?	Número de teléfono y dirección de la persona u organización que le da el dinero	¿Cantidad bruta? (Antes de Impuestos)	¿Cada cuándo?

**5. ¿Alguien trabaja como voluntario o participa en un programa de capacitación para trabajar? Sí No Si la respuesta es si, complete el recuadro de abajo

Nombre	Sitio de capacitación o trabajo	Dirección y Teléfono del lugar	Fecha de Inicio	Fecha de Terminación	Horas por Semana

**6. ¿Alguien en su grupo familiar tiene recursos (o tiene recursos conjuntamente con alguna otra persona que no es parte del grupo familiar)?
 Sí No Si la respuesta es sí, complete el recuadro de abajo. Nosotros determinaremos si se necesitan comprobantes de estos recursos y si la verificación le es accesible a usted. (Adjunte otra hoja si es necesario)

Nombre (Persona con recursos)	Tipo de Recurso	¿Valor?	¿Dónde guarda este activo y cuál es el número de cuenta?
	Dinero en efectivo		
	Cuenta de cheques		
	Cuenta de ahorros		
	Otro		

D. Sus gastos

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Paga hipoteca o renta en el lugar donde vive? Si la respuesta es sí, ¿Cuánto paga? _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe asistencia para pagar su renta? Si la respuesta es sí, usted recibe <input type="checkbox"/> HUD <input type="checkbox"/> Sección 8 <input type="checkbox"/> Vivienda Publica
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Otros pagos que hace del lugar donde vive? Si la respuesta es sí. Marque lo que aplique y escriba la cantidad mensual. <input type="checkbox"/> Renta del lote _____ <input type="checkbox"/> Impuestos de Propiedad (Si paga separadamente) _____ <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Cuotas de Propietario (Si paga separadamente) _____ <input type="checkbox"/> Seguro de Propietario (Si paga separadamente) _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted paga por servicios públicos en su casa? Si la respuesta es sí, marque lo que aplique. <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> Aceite combustible <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> LP <input type="checkbox"/> Teléfono/Celular <input type="checkbox"/> Agua/Drenaje <input type="checkbox"/> Basura <input type="checkbox"/> Exceso de Utilities (Vivienda Publica) ¿Con que calienta su casa? _____ ¿Con que enfría su casa? _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguna persona le ayuda a pagar por sus gastos? Si la respuesta es sí, ¿Quién le ayuda? _____ ¿Y con cuanto le ayuda? \$ _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido beneficios del Programa LIEAP (Programa de Asistencia de Energía para Familias de Bajos Ingresos) en los últimos 12 meses?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su Grupo Familiar tiene que pagar por servicios de guardería infantil o servicios de cuidado para algún adulto con discapacidad? Si la respuesta es sí, ¿Quién recibe los servicios de cuidado? _____ ¿Quién paga por los servicios? _____ Cantidad que se paga por mes \$ _____ Nombre y Teléfono de la persona que proporciona el cuidado _____ Otros gastos relacionados: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su familia tiene 60 años o más, o recibe beneficios por discapacidad, o tiene gastos médicos de más de \$35 mensuales? Esto incluye costos por Medicare, Seguro Médico, transportación o cuidado médico. Si la respuesta es sí, ¿desea reclamar estos gastos como deducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, Debe incluir los recibos o documentos relacionados.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su Grupo Familiar debe pagar Child Support (Manutención Infantil) por orden de la corte (Incluyendo Seguro Medico). Si la respuesta es sí, ¿Quién paga el Child Support? _____ ¿A quién se le paga? _____ Nombre del menor _____ Cantidad _____ Cada cuando _____

E. Las personas en su casa

7. Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con las personas que viven en su Grupo Familiar:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su grupo familiar tiene 16 años o más y está asistiendo a la escuela (al menos medio tiempo), o ha asistido a la escuela en los últimos 6 meses? Si la respuesta es sí, ¿Cuál es el nombre de la persona y El nombre de la escuela ha la que ha asistido?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su grupo familiar ha sido condenado por un delito grave relacionado a drogas o sustancias controladas después del 22 de agosto de 1996? Si la respuesta es sí, por favor proporciónenos el nombre de la persona, la fecha, el tipo de violación y la corte donde se le encontró culpable: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su grupo familiar está quebrantando las condiciones de libertad condicional o de libertad bajo palabra, o se encuentra huyendo de la ley para evitar un proceso judicial por algún delito? Si la respuesta es sí, por favor proporciónenos el nombre de la persona, la fecha y el tipo de violación: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su grupo familiar ha sido encontrado culpable de intercambiar beneficios por drogas después de Agosto 22, 1996? Díganos quien, fecha, tipo de culpabilidad y lugar _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de comprar o vender beneficios por \$500 o más después de Agosto 22, 1996? Díganos el nombre y la fecha _____

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de recibir beneficios por duplicado en algún estado después de Agosto. 22, 1996? Díganos el nombre, fecha, tipo de culpabilidad y lugar _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o algún miembro de su familia han sido culpables de intercambiar beneficios por armas, municiones o explosivos después de Agosto 22, 1996? Díganos el nombre, fecha, tipo de culpabilidad y lugar _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien es su grupo familiar no puede trabajar por causa por razones físicas o mentales?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien es su grupo familiar opera una Escuela en Casa por al menos 30 horas a la semana?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien cuida de alguna persona discapacitada (la persona discapacitada puede o no vivir en casa con la familia)?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien participa en el programa de empleo para refugiados?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien no puede trabajar por problemas de adicción a drogas o alcohol?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien está en un programa de tratamiento de drogas o alcohol?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay alguna persona embarazada en su grupo familiar? Si contesto sí, ¿Quién? _____

Representante Autorizado

Necesita que alguna persona le ayude a obtener y/o a usar sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición? Sí No

Si respondió sí, por favor indique el nombre de dicha persona: _____

Si marcó "Sí" arriba, le daremos o enviaremos por correo un formulario. Usted y la persona que usted desea que le ayude pueden completar el formulario y devolverlo a nuestra oficina. Esta persona recibirá una tarjeta EBT y tendrá acceso a sus beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición. Si ya tiene un representante autorizado, ¿desea que esa persona siga representándole? Sí No

Nombre de su Representante Autorizado: _____

Registro para Votar

Si usted no está registrado para votar en su dirección actual, ¿Desea registrarse ahora? Sí No

Si usted no marco ninguna de estas casillas se asume que no desea registrarse.

Como Obtener una Audiencia Justa

Tiene derecho a pedir una audiencia en persona, por teléfono o por escrito, si piensa que hay errores en su caso. Tiene 90 días calendario para solicitar la audiencia. Si no pide la audiencia a más tardar en esa fecha, perderá su derecho a la misma. Un miembro del grupo familiar o alguna otra persona tal como un abogado, un amigo, o un familiar le puede representar en la audiencia justa. Consejo Legal Gratuito pudiera esta disponible. Contacte a la Oficina de Servicios Legales de NC, llamando al 1-866-219-5262. Direccion: 224 South Dawson St. Raleigh, NC 27601. Por Correo: PO Box 26087 Raleigh NC 27611.

Su Firma y Declaración de Entendimiento

Entiendo que mi firma autoriza a los oficiales federales, estatales y locales a contactar otras personas u organizaciones para verificar la información que he proporcionado. No mienta u oculte información para obtener beneficios a los cuales su grupo familiar no tiene derecho. He dado información correcta de ciudadanía y estatus migratorio de las personas solicitantes. Si un oficial de la ley solicita la dirección, números de seguro social, o fotografías para asistirle en la localización de fugitivos, o violadores de libertad condicional (probation, parolees), la agencia debe de proporcionar esta información.

Cualquier miembro que intencionalmente viola regulaciones, podría no recibir beneficios por hasta un año en su primera violación, dos años en la segunda violación y permanentemente en la tercera violación. Si la corte le encuentra culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de sustancias controladas, usted podría no ser elegible para recibir beneficios por dos años por la primera violación, y permanentemente por la segunda violación. Usted podría ser multado por hasta \$250.000 y/o cárcel por hasta 20 años. La corte también le podría encontrar inelegible para recibir beneficios por hasta por 18 meses. Si la corte le encuentra culpable de haber traficado con los beneficios por \$500 o más, o por intercambiar beneficios por armas de fuego, municiones o explosivos usted será inelegible permanentemente para recibir estos beneficios.

Si usa los beneficios para comprar productos que no sean alimentos, intercambiar, o vender sus beneficios, pagar cuentas de crédito o usar la tarjeta de EBT de otra persona, o permitir que alguien use su tarjeta, hará que usted pierda sus beneficios.

Reconozco que he recibido una explicación acerca de mi derecho a una deducción de ingresos con relación a los beneficios de Servicios de Alimentos y Nutrición por cualquiera de las siguientes razones: Gastos de cuidado infantil o de adultos, gastos médicos, gastos de vivienda, gastos de servicios públicos, y gastos operativos por trabajo por cuenta propia. Comprendo que si no informo o no presento pruebas que verifiquen cualquiera de los gastos mencionados arriba, yo estaría renunciando a mi derecho a recibir una deducción por estos gastos.

Primer Nombre		Inicial Segundo Nombre		Apellido	
Dirección Postal (Casa/Apartamento, #, calle)					
Teléfono	Celular	Numero para Mensaje	Compañía de Teléfono	Idioma	
Su firma (o de su representante autorizado)			Fecha de la firma:		
Firma del testigo (si firmo con X):			Fecha de la firma:		
AGENCY USE ONLY					
Firma del Trabajador el Caso		Date of Interview		<input type="checkbox"/> Telephone	<input type="checkbox"/> Office Visit

Para recibir información sobre la Iniciativa de Prevención de Embarazos en Adolescentes, comuníquese con su Departamento de Salud local o llame a la línea telefónica gratuita del DHHS al 1-800-662-7030. Para recibir información sobre el Programa Matrimonios Sanos comuníquese con su agencia local.